Richard Barker, directeur général de l'ABPI : « L'Europe doit se montrer plus agressive »

Lors de son passage à Paris à la Sorbonne, le directeur général de l'association anglaise des industriels de la pharma, a fait le point sur les relations que ces derniers entretiennent avec l'agence d'évaluation et le NHS.



RICHARD BARKER, DG DE L'ABPI.

Le NICE a mis en place une évaluation médico-économique importante. Comment réagissent les industriels de la pharmacie ?

● Le NICE est à présent le client le plus important de l'industrie. Nous pensons cependant que le NICE doit faire évoluer ses process. Car il est trop dominant et nous pensons qu'il est trop influencé par le critère du « cost per qaly »[1]. Nous voudrions voir d'autres facteurs pris en considération, comme le caractère clinique unique, la sévérité des maladies, le caractère plus ou moins innovant de la recherche.

Le NICE refuse parfois de rembourser des médicaments. Comment travaillez-vous avec lui ?

● Nous pensons que la bonne approche est d'évaluer ce qu'on estime être l'efficacité clinique d'un produit et de soumettre la proposition au NICE. Si le NICE refuse, nous pensons que les groupes pharmaceutiques doivent disposer d'autres options pour faire face à ce problème. Ils pourraient par exemple dire qu'ils vont rester sur le prix d'origine ou qu'ils veulent faire une sorte de deal avec le département de la santé. Il y a ainsi eu un accord récent sur Lucentis® [2] : le NHS paie les 14 premières injections et si le patient en a besoin de plus, le laboratoire paie pour cela. Mais chaque médicament est différent. Nous ne pensons pas que le NICE doive fixer le prix ou être le négociateur. Ce modèle trouble tout le monde.

Le modèle du NICE est cité par de nombreux pays qui observent son fonctionnement avec attention et souhaitent s'en inspirer. Qu'en pensez-vous ?

● Le NICE est un promoteur très actif de ses propres résultats. Beaucoup plus que le comité de transparence français ou l'IQWiG allemand. Mais les agences pourraient aussi apprendre du système suédois, qui prend largement en considération la sévérité de la maladie. Il est difficile pour moi de dire que le NICE est le meilleur, car je crois qu'il débouche parfois sur des réponses fausses et non sur des réponses de bon sens… Nous devons apprendre de chaque nouveau cas, qui peut nous donner un aperçu de la manière dont nous pouvons faire évoluer les process.

Quelle est la proportion de médicaments que le NICE décide de ne pas rembourser ?

● Le NICE peut prendre trois sortes de décisions. Il peut refuser tout remboursement, accepter le remboursement demandé par le groupe ou encore décider un remboursement limité. Les principaux problèmes associés au prix élevé des biomédicaments concernent surtout les anticancéreux. Dans la plupart des cas, quand le NICE dit qu'il a approuvé un nouveau médicament dans le cancer, il s'agit en fait d'une autorisation d'un nouvel anticancéreux dans des indications limitées. Le Royaume-Uni a mis en place un système qui n'accepte pas ces médicaments innovants comme le font d'autres pays, notamment la France ou l'Espagne. Il y a là un problème. Je crois que nous devons changer notre façon d'établir la valeur : il faut donner plus de poids à la sévérité de la maladie, à l'absence d'alternatives thérapeutiques, à l'opinion des médecins, au réel besoin des patients, au futur de la recherche ; il faut mettre tout cela dans l'équation. Notre problème le plus important, ce sont les modèles de soins inefficaces et non pas les dernières technologies à coûts élevés. Il faut simplement améliorer l'efficacité de l'ensemble du système.

Travailler dur pour rester dans la compétition

Est-ce que les groupes pharmaceutiques s'inquiètent de l'évolution du NICE et de l'expansion de son modèle vers d'autres pays ?

● Vous avez maintenant plus de 10 systèmes différents dans le monde. Je ne pense pas que nous allons évoluer rapidement vers une situation où le NICE deviendrait le standard unique pour la majorité des pays. C'est très peu probable. Ce qui l'est davantage, c'est que chaque système s'inspire progressivement des autres (le NICE pourrait tirer certaines leçons du système suédois, etc.) et qu'on aboutisse progressivement à une forme de convergence.

L'industrie pharmaceutique est considérée comme un secteur stratégique au Royaume-Uni. Quelles sont les actions entreprises par le gouvernement pour soutenir cette industrie ?

● C'est un des challenges les plus intéressants pour le gouvernement. D'un côté, ce dernier a mis beaucoup d'argent supplémentaire dans les biosciences et il encourage les universités à travailler de façon plus proche avec l'industrie. Cependant, certains process devraient être mis en place, allant vers davantage de collaboration. Le gouvernement ne prendrait alors pas certaines décisions, comme la renégociation du PPRS [3], qui a été faite plus tôt que prévue. Ainsi, d'un côté, le gouvernement dit que c'est stratégique, mais, de l'autre, des décisions prises en son sein ne sont pas cohérentes avec cette affirmation. On aimerait donc avoir un gouvernement plus cohérent sur ce genre de choses.

Il est difficile pour un gouvernement de combiner attractivité et baisse de prix… Quelle est votre position sur le sujet ?

● Le gouvernement doit prendre garde que les décisions qu'il prend d'un côté soient cohérentes avec ce qu'il dit et fait par ailleurs. Le Royaume-Uni a vraiment une chance de rester un leader mondial, mais il doit travailler plus dur pour rester dans la compétition internationale. C'est la même chose pour la France. Le représentant de Christine Lagarde a insisté sur l'attractivité française. Toute l'Europe doit se montrer plus agressive face à la compétition américaine. Si nous voulons être un lieu de savoir et de connaissances, l'industrie pharmaceutique constitue notre meilleure chance. Nous avons une force historique, de bonnes formations, de bonnes ressources académiques, nous avons l'IMI… Nous disposons de pleins d'atouts et il nous faut donc agir de façon cohérente pour relever cette ambition. Les « bons » investissements dans le domaine de la santé sont une très bonne chose pour l'économie, et ce à différents niveaux, pas seulement en termes d'innovations techniques.

L'industrie est-elle proche du ministère de l'Industrie et du ministère de la Santé au Royaume-Uni ?

● C'est la relation la plus proche que l'on puisse, à mon avis, voir dans le monde. Nous rencontrons deux fois par an ces ministres, sur une base formelle. D'autres rencontres sont également organisées. Je crois que nous aurions à présent besoin d'avoir de meilleures connexions à des niveaux plus élevés, c'est-à-dire au niveau du premier ministre et du chancelier de l'échiquier. Ce serait une bonne chose si on pouvait établir cela.

Des décisions précises sont-elles prises suite à ces différentes rencontres avec les ministres ?

● Oui. Récemment, nous avons beaucoup travaillé sur le thème du « joint working » avec le NHS. Dans le passé, les industriels étaient surtout centrés sur les prescripteurs. C'était le client qu'ils voyaient. Et le système de santé local de médecine générale (local health system), ce que nous appelons le PCT (Primary care Trust), n'était pas perçu comme étant une barrière pour atteindre le médecin. Mais l'industrie réalise de plus en plus que l'argent est contrôlé par les PCT et non par les médecins. Cela prend donc vraiment du sens pour elle de travailler avec ces systèmes de santé locaux pour faire face aux pathologies et mieux détecter et traiter les patients, qui y gagneraient sur le long terme. Je crois qu'il est très important que les groupes pharmaceutiques continuent à voir le monde à travers les yeux de leurs clients et pas seulement des prescripteurs. L'industrie doit être un partenaire et il faut développer le disease management. Cela a commencé de manière très encourageante. ■

Propos recueillis
par Valérie Moulle

(1) Qualify adjusted life years ou années de vie pondérées par leur qualité, cf. *Pharmaceutiques* n°159, « L'évaluation mode d'emploi ».
(2) Développé par Genetech/Novartis dans le traitement de la DMLA.
(3) Plan de régulation pharmaceutique des prix, cf. www.abpi.org.uk/press/latest_news_130808.asp